

様式第1号(第5条関係)(表)

小田原市認知症等高齢者SOSネットワーク登録届		登録 No 小田原 -		
届出日		年 月 日		
本人の状況	(ふりがな) 氏名	(旧姓 ) 男 ・ 女		
	生年月日	年 月 日 歳		
	住所	〒		
	電話番号	( ) —		
	特徴 その他の特徴 *裏面に写真添付	身長		
		体重		
		体格	太りぎみ ・ ふつう ・ やせぎみ	
		頭 髪		めがね
		血液型		その他
		体の特徴		
	装飾品			
	前住所			
	過去の行方不明 発見場所	回	発見場所：	
	かかりつけ 医療機関	医療機関名：	主治医氏名	
	電話番号： ( ) —	-----		
病 名				
服薬中の薬				
届出者	(ふりがな) 氏名			
	本人との続柄			
	連絡先	住所：		
		電話番号： ( ) —		
情報提供の同意	この登録届の個人情報を警察へ提供することに同意します。 印			
その他連絡先	氏 名			
	本人との続柄			
	連絡先	住所：		
		電話番号： ( ) —		
	氏 名			
	本人との続柄			
連絡先	住所：			
	電話番号： ( ) —			
備考欄	現在関わりのある機関等を記入して下さい。			

注意1：SOSネットワークの登録届は、2年毎に更新の手続が必要です。

注意2：今回の届出事項に変化が生じた場合は、登録届出先に届け出てください。

注意3：この登録届は、登録届出先・警察・届出者で共有し、SOSネットワーク以外の目的に使用されることはありません。

(裏)

\* 本人の写真添付欄 \*